|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ZGŁOSZENIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (NW) z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków | | |  |
| Grupa ubezpieczenia:  **NW 60**  **NW 66**  Nr polisy: ……………………………………………………….  Kod jednostki PZU S.A. ………………………………………  Nr sprawy PZU S.A. …………………………………………. | |  | Ubezpieczający: | |

|  |  |
| --- | --- |
| Jeżeli zgłoszenie roszczenia dotyczy obrażeń ciała, prosimy podać czy ubezpieczony jest uprawniony do występowania  z roszczeniem o świadczenie z tytułu nieszczęśliwego wypadku w ramach innego ubezpieczenia w PZU S.A. lub  PZU ŻYCIE S.A., jeżeli tak, proszę podać numer polisy i nazwę jednostki? 1) | TAK NIE |
| PZU S.A.:/PZU ŻYCIE SA Nr polisy: ............................................... Nazwa jednostki: ........................................................................................ | |
| Czy wypadek został już zgłoszony [[1]](#footnote-2)  TAK  NIE; jeśli tak proszę podać nazwę jednostki PZU S.A. lub PZU ŻYCIE SA?  ......................................................................................................................................................................................................... | |
|  | |
| DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko ubezpieczonego: | | |
| Data urodzenia : | PESEL |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |
| Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość ( seria i numer, kiedy i kto wystawił) | | |
| Adres stałego zameldowania (kod, poczta, miejscowość, ulica, numer domu i mieszkania): | | |
| Adres do korespondencji (kod, poczta, miejscowość, ulica, numer domu i mieszkania): | | |
| Numer telefonu kontaktowego: | | e-mail |
| DANE DOTYCZĄCE UPRAWNIONEGO/RODZICA LUB PRAWNEGO OPIEKUNA  *(należy wypełnić w przypadku, gdy wypadkowi uległ nieletni ubezpieczony lub w przypadku zgonu ubezpieczonego)* | | |
| Imię i nazwisko: | | |
| Data urodzenia : | PESEL |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| | |
| Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość ( seria i numer, kiedy i kto wystawił) | | |
| Adres stałego zameldowania (kod, poczta, miejscowość, ulica, numer domu i mieszkania): | | |
| Adres do korespondencji (kod, poczta, miejscowość, ulica, numer domu i mieszkania): | | |
| Numer telefonu kontaktowego: | | e-mail |

|  |
| --- |
| INFORMACJE O ZDARZENIU |
| OPIS ZDARZENIA : Data zdarzenia..............................godz................ Miejsce zdarzenia (miejscowość, ulica)....................................................................... Szczegółowy opis przyczyny, okoliczności i przebiegu zdarzenia (podać dokładnie i wyczerpująco) |

|  |
| --- |
| POWIADOMIENIE POLICJI :   1. Data i godzina powiadomienia policji o zdarzeniu , ..................................................................................................................................................................................   Nazwa i adres jednostki policji ...............................................................................................................................................................................   1. Czy w chwili wypadku ubezpieczony był w stanie po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości albo po użyciu narkotyków ?  Tak  Nie 2. Numer karty rowerowej /motorowerowej/prawa jazdy ……………………………………………………………………………   POMOC MEDYCZNA   * 1. Kto i gdzie udzielił poszkodowanemu pierwszej pomocy lekarskiej bezpośrednio po wypadku? ………………..…………….................................   2. Podać nazwę i adres zakładu leczniczego, w którym ubezpieczony leczył się po wypadku: ………………………………………………….……… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..   3. Czy narząd(y) opisywany w punkcie „Opis zdarzenia” był(y) uszkodzone w wyniku wypadku lub choroby przed zajściem zdarzenia  TAK   Nie   * 1. Czy leczenie zostało zakończone(z uwzględnieniem rehabilitacji 1)  TAK  NIE data zakończenia leczenia: …………………… |
| WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY |
| Oświadczam, że ubezpieczony jest objęty zbiorowym ubezpieczeniem NW na podstawie polisy Nr ………………………………………………. pod poz. Wykazu imiennego ………………. Według wariantu ………………… na sumę ubezpieczenia …………………………………………  .................................................................................... ………….............................................................  (miejscowość, data) (podpis ubezpieczającego – pracownik potwierdz ubezp. ) |

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIKI 1) |
| dokument tożsamości do wglądu  dokument uprawniający do prowadzenia pojazdu  dokumentacja z leczenia (karta informacyjna z pobytu w szpitalu, z pogotowia ratunkowego, historia choroby z przychodni itp.)  inne (proszę wymienić jakie): ................................................................................................................................................................................................................. |

|  |
| --- |
| SPOSÓB WYPŁATY |
| **Należne odszkodowanie/świadczenie[[2]](#footnote-3)1 :**  proszę przesłać przekazem pocztowym |
| proszę przelać na konto w banku ................................................................... Oddział .........................................................................................  nazwa rachunku ................................................................ numer rachunku ....................................................................................................... |

|  |
| --- |
| OŚWIADCZENIE |
| Nazwisko ubezpieczonego:……………………………………………. Imię ubezpieczonego ………………………..   1. W przypadku wystąpienia zdarzeń objętych odpowiedzialnością PZU S.A. i/lub PZU Życie SA upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia, oraz lekarzy do udzielenia PZU S.A. i/lub PZU Życie SA informacji, w tym do przekazania do PZU S.A. i/lub PZU Życie SA kopii dokumentacji medycznej dotyczących mojego stanu zdrowia, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem. 2. Zostałem poinformowany/Zostałam poinformowana, że administratorem moich danych osobowych jest PZU S.A .i/lub PZU Życie SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24 oraz o prawie dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania. Celem zbierania danych jest realizacja umowy ubezpieczenia.   Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU S.A. i/lub PZU Życie SA moich danych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia, w celu realizacji umowy ubezpieczenia.  Wyrażam zgodę na wzajemne udostępnianie przez PZU S.A. i/lub PZU Życie SA orzeczeń lekarskich i dokumentacji medycznej w celu prowadzonego postępowania likwidacyjnego przez PZU S.A. i/lub PZU Życie SA.   1. W PZU SA sposób rozpatrywania skarg i zażaleń określony został w ogólnych warunkach ubezpieczenia   Podanie powyższych danych jest niezbędne do rozpatrzenia przez PZU S.A. i/lub PZU Życie SA zgłaszanego roszczenia o świadczenie z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.  Zgodnie z art. 6 kodeksu cywilnego „Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne”.  Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.  .................................................................................... ...........................................................................  (miejscowość, data) (podpis ubezpieczonego/uprawnionego)  .................................................................................................  (data i podpis upoważnionego pracownika PZU S.A.) |

1. właściwe proszę zaznaczyć literą „X”, [↑](#footnote-ref-2)
2. 1 właściwe proszę zaznaczyć literą „X”, [↑](#footnote-ref-3)